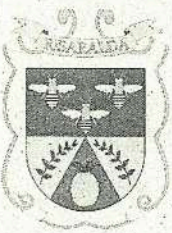


288.051/19

	Departamento de Risaralda Secretaría de Salud
	GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Versión 03	Resolución — 1914 Fecha: 02/2014

RESOLUCIÓN No. 1914 24 AGO 2023

**“POR LA CUAL SE DECIDE SOBRE UNA INVESTIGACIÓN ADMINISTRATIVA DE CARÁCTER SANCIONATORIO Y SE IMPONE UNA SANCIÓN”**

**EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA**, en uso de las facultades conferidas especialmente en la Ley 715 de 2001, la Ley 1437 de 2011 el Decreto 780 de 2016, la Resolución 2003 del 2014, y,

**CONSIDERANDO**

**PROBLEMA JURÍDICO**

La Secretaría de Salud del Departamento de Risaralda busca como Autoridad sanitaria de acuerdo con las competencias otorgadas por la Ley 715 de 2001, Ley 1437 de 2011, el Decreto 780 de 2016 y Resolución 2003 de 2014 establecer si los hallazgos encontrados durante la visita de habilitación al prestador **FAMMM S.A.S** generan incumplimientos a la normatividad de habilitación para los servicios de salud y si la parte investigada es la responsable de dicha situación.

Así las cosas, para abordar este cometido jurídico se procederá en el orden establecido en el artículo 49 de la Ley 1437 de 2011, a saber: 1. Individualización de la persona natural o jurídica a sancionar; 2. Análisis de hechos y pruebas; 3. Normas infringidas con los hechos probados, y 4. La decisión final de archivo o sanción y la correspondiente fundamentación.


**1. INDIVIDUALIZACIÓN DE LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA INVESTIGADA**

Es preciso señalar, que tal como quedo identificado en el auto de pliego de cargos, previo análisis de los documentos obrantes en el expediente, se estableció que el sujeto pasivo es el prestador **FAMMM S.A.S**, identificado con No. de identificación tributaria 900372785-3, ubicado en la Calle 7 #14 – 78 Avenida Circunvalar, en el municipio de Pereira, Risaralda, representada legalmente al momento de la visita por el señor Juan Francisco Arbeláez Larrarte, identificado con cedula de ciudadanía No. 79.523.723.

**2. ANALISIS DE LOS HECHOS Y PRUEBAS**

Que en virtud del proceso de inspección, vigilancia y control adelantado por la Entidad Territorial, se realizó visita programada los días 15, 16, 17, 18, 22, 23, 24 y 25 de octubre de 2019 por parte del





	Secretaría de Salud
	GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
	Resolución <b>1914</b>
Versión 03	Fecha: 02/2014 <b>24 AGO 2023</b>

Grupo de Habilitación de la Secretaría de Salud Departamental, para verificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación al prestador **FAMMM S.A.S.**

En la práctica de dicha diligencia se pudo evidenciar lo siguiente:

1. Jhon Roward Ocampo Torres: C.C: 1.94.915; no cuenta con RID, resolución o tarjeta identificación única del talento humano en salud en su hoja de vida. Contrato de prestación de servicios profesionales independientes para desempeñarse como periodoncista, vigente por un año desde el mes de abril de 2019, sin embargo, el profesional obtuvo su titulación como especialista en junio del 2019 es decir, posteriormente a la firma del contrato.  
Yuli Andrea Taborda Diaz: C.C:1.087.553.593, no cuenta en su hoja de vida con autorización expedida por la autoridad competente para ejercer la profesión u oficio, cuenta con contrato de trabajo a término indefinido para desempeñarse como auxiliar de odontología, vigente desde el 1 de mayo de 2019.
2. No aporta al momento de la visita la cantidad de talento humano requerido para cada servicio.
3. Al momento de la visita el prestador no demuestra acciones de formación continua del talento humano, pues los únicos registros de capacitaciones realizadas corresponden al año 2018, y no se evidencia cobertura del 90%, ya que el prestador no aporta la medición del mismo y en los registros presentados, no se observa la asistencia de especialistas, sólo se evidencia asistencia de odontólogo y auxiliar que en ese momento hacían parte del personal.
4. La edificación donde está ubicado el prestador (IPS) no cuenta con ascensor ni rampa y cuenta con dos pisos; en los que presta servicios de salud.
5. La edificación dónde está ubicada la IPS es de dos pisos, realiza atención en salud en estos, sin embargo no cuenta con ascensor.
6. Al momento del recorrido por las instalaciones de la IPS (sede Pereira) se evidencia una (1) unidad sanitaria señalizada para discapacitados, sin embargo, esta no cumple con la totalidad de las disposiciones en la Resolución 14961 de 1985 en su artículo 50. Además, el criterio establece "cuentan con unidades sanitarias para personas con discapacidad", lo que indica mínimo 2 unidades sanitarias con esta condición; el prestador únicamente cuenta con una (1) y con requerimientos incumplidos.




	<p align="center"><b>Departamento de Risaralda</b> <b>Secretaría de Salud</b></p> <p align="center"><b>GESTIÓN EN SALUD</b></p> <p align="center"><b>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b></p> <p align="right"><b>Resolución</b>  <b>1914</b></p>
<p>Versión 03</p>	<p align="right"><b>24 AGO 2023</b></p> <p>Fecha: 02/2014</p>

7. El prestador genera residuos biológicos, ordinarios y reciclaje, no obstante no se evidencia ambiente para el almacenamiento de reciclaje. Los recipientes dispuestos en los ambientes de almacenamiento de residuos (biológicos y ordinarios); su tapa es de acción de vaivén. Por otra parte, al recipiente rodante usado la recolección de los residuos ordinarios, es también usado para el almacenamiento de los mismos en el ambiente de almacenamiento, según informa la funcionaria de servicios generales de la IPS, si dicho recipiente de recolección contiene residuos ordinarios al momento de hacer el recorrido para su recolección, estos residuos se disponen en un valde usado para el aseo de la IPS de manera temporal mientras termina la recolección de los mismos. Lo anterior, demuestra la falta e incorrecta gestión de los residuos generados en la atención, incumpliendo con lo indicado en la normatividad vigente en el tema.
8. Se evidencia en el ambiente señalizado "consultorio 1" entre la unión pared-techo de una de las esquinas, tarjamiento y descascaramiento de pintura; por otra parte el ambiente de aseo no se encuentra en buenas condiciones de presentación ni mantenimiento, ya que se observa pared donde se encuentra la poceta de lavado manchado y con residuos de suciedad, al igual que la losa que recubre dicha poceta.
9. Varios de los mesones y cajones dispuestos en las áreas de procedimientos odontológicos, presentan falta de mantenimiento, ya que se evidencia aglomerado y madera expuesta, sin los acabados requeridos que garanticen procesos adecuados de limpieza y desinfección.
10. Al momento de la visita, el prestador aporta inventario de equipos instalados y dispuestos para el uso en la sede de Pereira, se seleccionan algunos equipos para su verificación documental (autoclave, scaler y lámparas fotocurado), encontrando que la serie del scaler biosinic S1 referenciada en la hoja de vida de dicho equipo, no coincide con la registrada en la factura ni en la declaración de importación; asimismo la limpieza y desinfección de los equipos no se realiza según las indicaciones dadas por el fabricante en sus respectivos manuales. Además, en el manual del autoclave marca digital technology define periodicidad de mantenimiento preventivo cada 3 meses, sin embargo según cronograma establecido por la IPS y los reportes de mantenimiento preventivo evidenciados, estas actividades de mantenimiento preventivo se realizan cada 6 meses.

Por lo anterior, no es posible garantizar las condiciones técnicas, de calidad, mantenimiento, limpieza y desinfección según los requisitos e indicaciones dadas por el fabricante, de la totalidad de los equipos biomédicos usados por el prestador en su sede Pereira.

Es de anotar que el endodoncista usa en las instalaciones de la IPS un localizador apical



	<p>Secretaría de Salud</p> <p>GESTIÓN EN SALUD</p> <p>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</p> <p>Resolución 1914</p>
<p>Versión 03</p>	<p>Fecha: 02/2014</p> <p>24 AGO 2023</p>

para la atención de los pacientes, sin ninguna recepción técnica (hoja de vida, mantenimiento, manual, documento de adquisición) ni seguimiento y control por parte del prestador a dicho equipo biomédico.

11. El prestador al momento de la visita cuenta con soportes técnicos en los cuales efectúa la recepción técnica de los dispositivos a usar en la atención; sin embargo durante la verificación y recorrido por parte de la institución se encontraron dispositivos médicos sin los debidos soportes documentales, lo que demuestra que la IPS no realiza verificación y seguimiento.

Por ejemplo: dispositivo médico sin datos de trazabilidad (lote, fecha vencimiento, registro sanitario), dispositivo médico de un solo uso reprocesado. Ver actas anexas de aplicación de medida sanitaria decomiso-destrucción.

12. El prestador al momento de la visita aporta un documento denominado "gestión de dispositivos médicos, insumos y equipos odontológicos", el cual contiene los procesos de selección, adquisición, recepción, almacenamiento, control en fechas de vencimiento, devolución y no cuenta con los procesos de transporte, conservación, distribución y disposición final. A su vez algunos de los procesos que presentan no están establecidos de acuerdo a las recomendaciones del fabricante y de la norma.

13. El prestador al momento de la visita presenta manual de farmacovigilancia y tecnovigilancia, sin embargo estos cuentan con inconsistencias como:

- Normativa derogada, formato de reporte desactualizado (FORAM), no se evidencian reportes a ninguno de los programas, no se evidencia inscripción a los programas, no verificar las alertas sanitarias y los manuales no están contruidos de acuerdo a los lineamientos de la norma.

14. El prestador aporta el documento denominado "programa de seguridad del paciente" código interno OLSPR461 de febrero de 2016, el cual presenta las siguientes inconsistencias:

- Está basado en normatividad derogada como el decreto 1011 de 2006 y resolución 1441 del 2013.
- Utiliza conceptos desactualizados como "residuos hospitalarios" y no residuos generados en la atención en salud como lo establece el Decreto 780 de 2016.



	<p align="center"><b>Departamento de Risaralda</b> <b>Secretaría de Salud</b></p> <p align="center"><b>GESTIÓN EN SALUD</b></p> <p align="center"><b>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b></p> <p align="right"><b>Resolución</b> <b>1914</b></p>
<p>Versión 03</p>	<p>Fecha: 02/2014 <b>24 AGO 2023</b></p>

Adicionalmente determina el uso de herramientas como listas de chequeo y rondas de seguridad de aplicación periódica, sin que el prestador las utilice con la periodicidad definida ni existe evidencia de su gestión para el mejoramiento de la seguridad durante la atención.

Durante la evaluación de adherencia las auxiliares no tienen claros los conceptos básicos relacionados con evento adverso, incidente adverso, ni lograron identificar o ejemplificar los mismos.

En la evaluación de adherencia a la odontóloga, tiene claro los conceptos básicos, pero al preguntar por la ruta de reporte y análisis de los mismos manifiesta que desde que no cuentan con asesora para estos temas, ella es de parte del proceso de análisis pero desconoce la metodología para hacerlo.

Además, la odontóloga reconoce que han sucedido varios eventos adversos y no han sido reportados por considerarlos menores o sin importancia.

Condición que genera riesgo de repetición de eventos o incidentes adversos evitables por la no gestión de los mismos.

15. El prestador aporta el documento "manual sistema para el monitoreo de la calidad en la atención en salud" código interno OCSMN441 de febrero de 2016 y "manual de indicadores institucionales" código interno igual el anterior, presentando inconsistencias como:

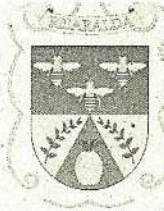
- Basado en normatividad derogada como Decreto 1011 2006 y Resolución 1446 de 2006.
- Cuenta con fichas técnicas de indicadores, muchos de los cuales no mide, no desagrega ni gestiona.
- Presenta tabla en Excel con indicadores atrasados y contruidos acorde a la normatividad derogada.

En síntesis no realiza el seguimiento a riesgos acorde a los servicios y el sistema de información para la calidad vigente.

Durante la evaluación de la herencia, los auxiliares y la odontologa evaluados desconocen los riesgos que vigila la institución.

16. La organización cuenta con un cronograma para la realización de los comités institucionales, cuenta con los actos administrativos de conformación de los mismos en donde describe a sus integrantes y funciones de cada comité. Sin embargo las actas aportadas del comité seguridad del paciente, la última es del 19 de agosto de 2016, del comité de historias clínicas es de marzo del 2017. De esta forma, el prestador no aporta las



	Secretaría de Salud
	GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Versión 03	Resolución 1914 Fecha: 02/2014 24 AGO 2023

evidencias que demuestre la realización de acciones para intervenir los riesgos identificados.

17. La organización aporta el documento denominado "modelo para la elaboración, adopción y adaptación de guías de atención" código OC5MN371 y el documento "modelo para la elaboración, adaptación y/o adopción de gestión de atención" código M-PP-03 del 14 de abril de 2014, los cuales presentan las siguientes inconsistencias:

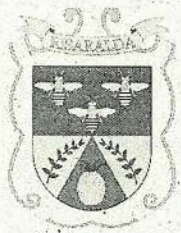
- Basado en normatividad derogada como la Resolución 1441 del 2013, no se encuentra estructurada en la última guía del Ministerio de Salud "guía metodológica para la elaboración de guías de práctica clínica, con evaluación económica en el SGSSS colombiano versión completa año 2014.
- Determina la posibilidad de elaboración y adaptación de G.P.S sin contar con la metodología ni la capacidad técnica
- Adoptó las siguientes guías en el año 2014:
  - Guía clínica de urgencias odontológicas ambulatorias del ministerio de salud de Chile.
  - Guía clínica de salud oral, integral para adultos mayores de 60 años ministerio de salud de Chile.
  - Guía manejo clínico, tratamiento mujeres gestantes Colciencias y Unibosque.
  - Guía de práctica clínica en salud oral infancia y adolescencia, Secretaría de Salud de Bogotá.
  - Guía de práctica clínica de cirugía oral, Unal.
  - Guía de práctica clínica de periodoncia, Unal.

La mayoría de ellas no corresponden a guías de práctica clínica y son sólo guías de atención.

La institución no volvió a realizar el proceso de adopción de guías de práctica clínica como lo determina la Resolución 2003 de 2014 como estrategia de disminución de la variabilidad en la atención, generando atenciones inseguras por no estandarización de la misma.


- Determina adicionalmente una "evaluación de adherencia de GPC" no ejecutado por el prestador.
- Durante la evaluación de adherencia, la odontóloga desconoce las guías adaptadas y reconoce que no ha sido capacitada en las mismas.



	<p align="center"><b>Departamento de Risaralda</b> <b>Secretaría de Salud</b></p> <p align="center"><b>GESTIÓN EN SALUD</b></p> <p align="center"><b>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b></p> <p align="right"><b>Resolución 1914</b></p>
Versión 03	Fecha: 02/2014

18. Al momento de la visita no aporta documento respecto de educar al personal asistencial en temas relacionados con la prevención de infecciones asociadas.
19. El documento presentado se encuentra elaborado con normatividad derogada, adicionalmente no describe las normas de bioseguridad específicas en cada uno de los servicios ni describe las especificaciones de los elementos y barreras de protección en cada servicio de acuerdo al riesgo identificado.
20. Al momento de la visita el prestador aporta "manual de uso y reúso de dispositivos médico", sin embargo el documento no contiene la totalidad de dispositivos médicos que son re usados y reprocesados por la institución, por ejemplo, definen reúso de fresa y limas sin embargo se evidenció durante el recorrido que reúsan y reprocesan mordedores, abrebocas; también se pudo evidenciar el reprocesamiento y reúso de dispositivos médicos de un solo uso como lo son las cubetas de flúor. Adicionalmente, el prestador no soporta el proceso con la documentación que contenga las recomendaciones del fabricante.
21. Al momento de la visita el prestador presenta "protocolo de limpieza y desinfección". El documento aun cuando es un protocolo, no especifica los productos que serán usados para realizar las actividades de limpieza y desinfección de áreas y superficies, tampoco se refiere a la limpieza y desinfección de equipos biomédicos y no contempla la limpieza y desinfección después de la atención de cada paciente. En lo relacionado a manejo de derrames de fluidos corporales omite el paso de inactivación del derrame. Lo anteriormente descrito, se constituye en prácticas inseguras que favorecen la contaminación cruzada y la aparición de infecciones asociadas a la atención en salud, generando riesgo para el paciente y personal asistencial.
22. El documento presentado "manual de bioseguridad y esterilización" hace referencia a esterilización en el capítulo 6, en éste definen el uso de indicador químico en "cada paquete" y que se "registrara en la historia de cada paciente, sin embargo durante el recorrido, se pudo evidenciar que realizan indicador químico por carga y solo paquetes que contengan instrumental de cirugía o endodoncia llevan indicador químico en su interior; asimismo, se pudo evidenciar en la muestra de historias clínicas que no se realiza el registro mencionado en el documento. Es decir, que lo descrito en el documento no es congruente con lo realizado por el personal, condición que generar riesgo, pues no se tienen lineamientos claros y explícitamente documentados y tampoco socializados, tal como lo reglamenta la Resolución 2003 de 2014.

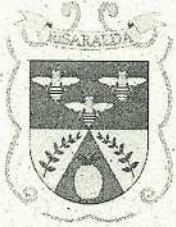


	Secretaría de Salud
	GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Versión 03	Resolución
Fecha: 02/2014	1914
	24 AGO 2023

Adicionalmente, durante el recorrido se evidenciaron paquetes mal reprocesados, con manchas de humedad y los cuales se encontraban almacenados y dispuestos para el uso sin contar con las condiciones que garanticen su esterilidad. De igual manera se pudo evidenciar que el instrumental de ortodoncia no es sometido al proceso de esterilización. Lo anterior se constituye en riesgo para el paciente, pues se favorece la aparición de infecciones asociadas a la atención en salud.

23. Al momento de la visita el prestador no aporta documento de procesos definidos desde la prescripción hasta la administración de medicamentos.
24. El prestador al momento de la visita no presenta y no cuenta con procedimiento de derrame y ruptura de medicamentos, durante el recorrido se evidencia el kit, sin embargo este no cuenta con todos los elementos para derrame de medicamentos.
25. La institución aporta el documento denominado "custodia de bienes del usuario" código interno OCSPR681 de febrero de 2016 enfocado en la custodia de datos en registros clínicos y datos personales, no incluye todo el alcance del criterio.
26. El prestador aporta "manual de bioseguridad y esterilización" y "plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares PGIRHS". Éste último se encuentra desactualizado y elaborado con normatividad derogada; por ejemplo: en el diagnóstico se refiere al estado actual de la IPS como pendiente de apertura, cuando la IPS funciona hace cinco años; e igualmente el cronograma de actividades está programado para el 2014 y hasta mayo 2015, adicionalmente no cuenta con bibliografía.
27. La organización presenta el documento denominado "manual de referencia y contra referencia de usuarios" código CSMN421 de febrero de 2016, el cual no incluye todos los criterios del estándar.  
Durante la evaluación de la adherencia, tanto los auxiliares como la odontóloga desconocen la ruta y procedimiento de remisión del paciente en caso de emergencia.
28. El prestador aporta el documento denominado "modelo de atención a víctimas de violencia sexual" presenta las siguientes inconsistencias:
  - Dentro del documento, incluyó recurso humano que la institución no tiene contratado como psicólogo, médico, enfermera y trabajador social.



	<p>Departamento de Risaralda Secretaría de Salud</p> <p>GESTIÓN EN SALUD</p> <p>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</p> <p>Resolución 1914</p>
Versión 03	<p>Fecha: 02/2014</p> <p>24 AGO 2023</p>

- Determina la realización de procedimientos que no están preparados para realizar, como "muestras orales para la búsqueda de espermatozoide" "toma de sangre al agresor para ADN".
- Describe realización de registro fotográfico para lesiones sugestivas de este tipo de violencia.
- No cuenta con bibliografía que permite notificar que fue construido con la mejor evidencia disponible.


En términos generales el documento no se encuentra ajustado a la realidad de la institución y se convierte en un documento que genera confusión al lector.

Durante el recorrido en la evaluación de la adherencia, la odontóloga reconoce que no ha recibido capacitación sobre el tema y desconoce la ruta definida por el prestador en caso de identificar a una víctima de dicha violencia.

Por lo anterior, se constituye en riesgo de no garantizar la ruta de atención integral a víctimas de violencia sexual o a la no identificación de víctimas.

29. El prestador aporta el documento denominado "manual manejo y diligenciamiento de historia clínica" código OCGMB221 del 2014, basado en normatividad derogada como el Decreto 2174 de 1996 y Resolución 1441 del 2013, describen los registros de asistencia manuales y no los digitales.
30. El prestador no aporta documento de consentimiento informado.
31. A pesar de que las 7 unidades odontológicas cuentan con lo descrito en el criterio, las escupideras de la mayoría de las unidades presentan fisuras y el eyector de una de las unidades del consultorio 3 presenta agrietamiento en su encauchado externo.
32. No cuenta con instrumental de ortodoncia al momento de la visita.
33. Al momento de la revisión documental, solamente aporta listado de recomendaciones posteriores.
34. Al momento de la revisión documental, el prestador no aporta protocolo de esterilización y suficiencia instrumental, de acuerdo a la rotación de pacientes. Adicionalmente, durante el recorrido por la sede visitada el prestador no cuenta con instrumental de ortodoncia al momento de la visita, ni aporta inventario o demuestra su disponibilidad.
35. Al momento de la visita el prestador no demuestra disponibilidad de imagenología.



	Secretaría de Salud
	GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Resolución	1914
Versión 03	Fecha: 02/2014

24 AGO 2023

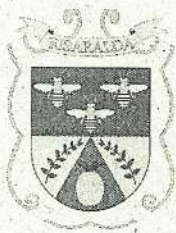
36. A pesar de que cuentan con muebles para el almacenamiento instrumental, estos presentan falta de mantenimiento.
37. No incluido en manual presentado por el prestador respecto de sistema de verificación de integridad de dispositivo estéril.
38. No se evidencian comités.
39. Al momento de la visita no cuenta con registro de reúso de todos los dispositivos médicos re usados en la institución.
40. Información no aportada por el prestador al momento de la visita respecto de implantar normas técnicas de protección específica y detección temprana.

Adicional a lo anterior, en el acta de Aplicación de Medida Sanitaria de Seguridad en Medicamentos, Dispositivos Médicos y otros productos, se evidencia medida sanitaria de "DECOMISO-DESTRUCCIÓN", así:

Dispositivos médicos encontrados en el consultorio No.1 odontología general y especializada, en cajón, almacenados y dispuestos para el uso:

NOMBRE DEL PRODUCTO	PRESENTACIÓN	CANTIDAD	LOTE	F. VENCIMIENTO	REG. INVIMA	CAUSA DE LA MEDIDA SANITARIA
Guantes Desechables	Unidad	8	Sin Datos	Sin Datos	Sin Datos	Sin datos de trazabilidad y dispositivo de un solo uso reprocesado.  Resolución 2003 de 2014.
Gasa	Unidad	11	Sin Datos	Sin Datos	Sin Datos	Sin datos de trazabilidad y dispositivo de un solo uso reprocesado y dispuesto para el uso.  Resolución 2003



	<b>Departamento de Risaralda</b> <b>Secretaría de Salud</b>  <b>GESTIÓN EN SALUD</b>  <b>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>
	<b>Resolución</b> 1914 24 AGO 2023
Versión 03	Fecha: 02/2014

						de 2014
--	--	--	--	--	--	---------

Dispositivos médicos encontrados en el kit de derrames, en caja, almacenados y dispuestos para el uso:

NOMBRE DEL PRODUCTO	PRESENTACIÓN	CANTIDAD	LOTÉ	F. VENCIMIENTO	REG. INVIMA	CAUSA DE LA MEDIDA SANITARIA
Tapabocas	Unidad	1	Sin Datos	Sin Datos	Sin Datos	Sin datos de trazabilidad y dispuesto para el uso.  Resolución 2003 de 2014.
Guantes	Unidad	4	Sin Datos	Sin Datos	Sin Datos	

Finalmente, tal como se dejó consignado en el acta final de visita de habilitación, se deja la siguiente observación:


*"Luego de realizada la visita de verificación de condiciones de habilitación, la Comisión Técnica de la Secretaría Departamental de Salud de Risaralda, decide no otorgar certificado de cumplimiento de condiciones de habilitación e iniciar proceso administrativo de carácter sancionatorio y aplicación de medida preventiva de seguridad consistente en la suspensión total de servicios a los servicios del grupo Consulta Externa: 311-Endodoncia; 313-Estomatología; 338-Ortodoncia; 343-Periodoncia; 347-Rehabilitación Oral; 396-Odontopediatría; 410-Cirugía Oral de mediana complejidad Intramural ambulatorio y 334-Odontología general intramural ambulatorio de baja complejidad. Del grupo protección Específica y Detección Temprana: 917-Protección Específica - Atención preventiva en salud bucal intramural ambulatorio de baja complejidad del grupo Procesos: 950-Proceso Esterilización intramural ambulatorio de baja complejidad. Por incumplimiento en los estándares de Talento humano; Infraestructura Dotación, Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros e Interdependencia de la Resolución 2003 de 2014".*

Por lo anterior, se decidió iniciar proceso administrativo sancionatorio en contra del prestador **FAMMM S.A.S.**

## 2.1. DESCARGOS Y ARGUMENTOS DE DEFENSA

Una vez revisado el expediente, no se encontró escrito de descargos por parte del prestador **FAMMM S.A.S.**



	<p>Secretaría de Salud</p> <p>GESTIÓN EN SALUD</p> <p>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</p> <p>Resolución 1914</p>
Versión 03	Fecha: 02/2014

## 2.2 PRUEBAS

24 AGO 2023

Este Despacho encontró que existían elementos probatorios suficientes para tomar una decisión de fondo, razón por la cual no se hizo necesario decretar pruebas a las ya obrantes en el proceso administrativo.

## 2.3. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN.

Proferida la Resolución No.1493 del 27 de junio de 2023, se notificó y corrió traslado al investigado **FAMMM S.A.S.** para que dentro del término de 10 días hábiles siguientes a la notificación de dicho acto administrativo presentara alegatos de conclusión.

Dicha resolución fue notificada por aviso.

El investigado **FAMMM S.A.S.** no presentó alegatos de conclusión.

## 3. NORMAS INFRINGIDAS CON LOS HECHOS PROBADOS

CARGOS	NORMAS INFRINGIDAS
1.El talento humano en salud no cuenta con la autorización para ejercer la profesión.	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014</p> <p>2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio</p> <p>2.3.2.1 Todos los servicios</p> <p>Estándar de talento humano</p> <p>El talento humano en salud, cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión y ocupación.</p> <p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014</p> <p>2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio</p> <p>2.3.2.3 Odontología</p> <p>Servicio: Consulta odontológica</p> <p>Estándar de talento humano</p> <p>Cuenta con odontólogo general u odontólogo especialista, de acuerdo con la oferta de servicios.</p>
2.El prestador de servicios de salud no determina la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados.	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014</p> <p>2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio</p> <p>2.3.2.1 Todos los servicios</p> <p>Estándar de talento humano</p>





Departamento de Risaralda  
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE  
SALUD

Resolución 1914

Versión 03

Fecha: 02/2014

24 AGO 2023

	<p>Los prestadores de servicios de salud determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.</p>
<p>3.El prestador no demuestra haber desarrollado acciones de formación continua.</p>	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.1 Todos los servicios Estándar de talento humano Los prestadores demostrarán haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados.</p> <p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.1 Todos los servicios Estándar de procesos prioritarios. Cuenta con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo: b. Fortalecimiento de la cultura institucional: El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución. El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma.</p>
<p>4.Contar con una edificación de dos pisos sin ascensor o rampa.</p>	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.1 Todos los servicios Estándar de infraestructura En instituciones prestadoras de servicios de salud que funcionen en edificaciones de hasta tres (3) pisos existen ascensores o rampas. En edificaciones de cuatro (4) o más pisos, contados a partir del nivel más bajo construido, existen ascensores.</p>
<p>5.No contar con ascensor para la movilización de pacientes.</p>	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.1 Todos los servicios</p>





	<p>Estándar de infraestructura</p> <p>Para la movilización de usuarios de pie, en silla de ruedas, o camilla, la cabina de los ascensores deberá tener las dimensiones interiores mínimas que permita la maniobrabilidad de estos elementos al interior y un espacio libre delante de la puerta de la cabina que permita su desplazamiento y maniobra.</p>
6.No contar con la totalidad de unidades sanitarias para personas con discapacidad requeridas por la norma.	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014</p> <p>2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio</p> <p>2.3.2.1 Todos los servicios</p> <p>Estándar de infraestructura</p> <p>En instituciones prestadoras de servicios de salud, cuentan con unidades sanitarias para personas con discapacidad.</p> <p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014</p> <p>2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio</p> <p>2.3.2.3 Odontología</p> <p>Servicio: Consulta odontológica</p> <p>Estándar de infraestructura</p> <p>Disponibilidad de:</p> <p>1. Sala de espera con unidad sanitaria.</p> <p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014</p> <p>2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio</p> <p>2.3.2.2. Protección específica y detección temprana</p> <p>Servicio: Protección específica y detección temprana</p> <p>Estándar de infraestructura</p> <p>Aplica lo exigido para consulta externa, de acuerdo al programa ofertado y lo definido en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.</p>
7.Realizar de manera incorrecta la gestión de residuos generados en la atención, incumpliendo con lo indicado en la normatividad.	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014</p> <p>2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio</p> <p>2.3.2.1 Todos los servicios</p> <p>Estándar de infraestructura</p> <p>La institución cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.</p> <p>En las instituciones prestadoras de servicios de salud, existe un ambiente de uso exclusivo para el almacenamiento central de residuos hospitalarios y</p>





Departamento de Risaralda  
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE  
SALUD

Resolución

1914


Versión 03

Fecha: 02/2014

24 AGO 2023

	<p>similares.</p> <p>Los lugares destinados al almacenamiento central y temporal de residuos hospitalarios y similares, cumplen con las características establecidas en la Resolución 1164 de 2002 o las normas que la modifiquen o sustituyan.</p> <p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.2. Protección específica y detección temprana Servicio: Protección específica y detección temprana Estándar de infraestructura Aplica lo exigido para consulta externa, de acuerdo al programa ofertado y lo definido en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.</p>
8. Contar con inadecuadas condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección.	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.1 Todos los servicios Estándar de infraestructura Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución.</p> <p>Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deberán ser de fácil limpieza y estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.</p> <p>En ambientes donde se requieran procesos de lavado y desinfección más profundos como: servicios quirúrgicos, ginecobstétricos, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, hospitalización, odontológicos, laboratorios, servicio de transfusión sanguínea, terapia respiratoria, áreas de esterilización, depósitos temporales de cadáveres, zonas de preparación de medicamentos, áreas para el almacenamiento de residuos; los pisos, paredes y techos, deberán estar recubiertos en materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.</p> <p>La institución dispone en cada uno de los servicios de ambientes de aseo de: poceta, punto hidráulico,</p>



	<p align="center"><b>Secretaría de Salud</b></p> <p align="center"><b>GESTIÓN EN SALUD</b></p> <p align="center"><b>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b></p> <p align="right"><b>Resolución</b> <b>1914</b></p>
Versión 03	Fecha: 02/2014 <span style="float: right;">24 AGO 2023</span>

	<p>desagüe y área para almacenamiento de los elementos de aseo.</p> <p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014          2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio          2.3.2.2. Protección específica y detección temprana          Servicio: Protección específica y detección temprana          Estándar de infraestructura          Aplica lo exigido para consulta externa, de acuerdo al programa ofertado y lo definido en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.</p>
<p>9.No contar con mesones con acabados en material liso que responda al proceso de uso, lavado, limpieza y desinfección.</p>	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014          2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio          2.3.2.1 Todos los servicios          Estándar de infraestructura          Los mesones y superficies de trabajo, tendrán acabado en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado limpieza y desinfección.</p> <p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014          2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio          2.3.2.3 Odontología          Servicio: Consulta odontológica          Estándar de dotación          Cuenta con mueble para el almacenamiento de instrumental y material estéril.</p> <p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014          2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio          2.3.2.2. Protección específica y detección temprana          Servicio: Protección específica y detección temprana          Estándar de infraestructura          Aplica lo exigido para consulta externa, de acuerdo al programa ofertado y lo definido en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.</p>
<p>10. No garantizar las condiciones técnicas, de calidad, mantenimiento, limpieza y desinfección según las recomendaciones dadas por el fabricante, de los equipos dispuestos para el uso en la prestación de los servicios ofertados por la IPS.</p>	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014          2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio          2.3.2.1 Todos los servicios          Estándar de dotación</p>





Departamento de Risaralda  
Secretaría de Salud

**GESTIÓN EN SALUD**

**GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE  
SALUD**

Resolución **1914**

Versión 03

Fecha: 02/2014

**24 AGO 2023**

Utiliza los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.

Realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad de uso corriente, en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo.

Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014

2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio

2.3.2.3 Odontología

Servicio: Consulta odontológica

Estándar de dotación

Dotación de equipos, según el método de esterilización definido.

Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014

2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio

2.3.2.10 Esterilización

Proceso: Esterilización

Estándar de dotación

Para centrales de esterilización y para prestadores quienes realicen el proceso de esterilización fuera de una central de esterilización, cuentan con:

1. Los esterilizadores que garantizan el proceso a los elementos que se utilizan en los servicios de la Institución o el profesional independiente o según la oferta de servicios cuando se trate de centrales independientes.

2. Los esterilizadores cuentan con programa de mantenimiento preventivo, validación a la instalación y recalificación anual.

Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014

2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio

2.3.2.2. Protección específica y detección temprana

Servicio: Protección específica y detección temprana

Estándar de dotación

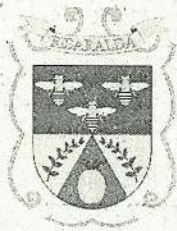
Adicional a lo exigido en consulta externa, contar con los elementos necesarios para la valoración de los





	<p>pacientes, de acuerdo con el tipo de actividades desarrolladas, conforme a lo previsto en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.</p>
<p>11. Contar con dispositivos médicos sin soporte documental que permita la verificación y seguimiento del uso de los mismos utilizados en la atención en salud.</p>	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.1 Todos los servicios Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos Para dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud que ofrece, debe contar con soporte documental que asegure la verificación y seguimiento de la siguiente información: descripción, marca del dispositivo, serie (cuando aplique), presentación comercial, registro sanitario vigente expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, clasificación del riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización) y vida útil si aplica.</p> <p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.3 Odontología Servicio: Consulta odontológica Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos Aplica lo de todos los servicios.</p> <p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.2. Protección específica y detección temprana Servicio: Protección específica y detección temprana Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos Aplica lo de todos los servicios.</p>
<p>12. No contar con procesos de transporte, conservación, distribución y disposición final de los dispositivos médicos e insumos.</p>	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.1 Todos los servicios Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos. Todo prestador tiene definidas y documentadas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento,</p>





Departamento de Risaralda  
Secretaría de Salud

**GESTIÓN EN SALUD**

**GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE  
SALUD**

Resolución

1914

Versión 03

Fecha: 02/2014

24 AGO 2023

conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, devolución, disposición final y seguimiento al uso de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos ó almacenes de la institución y en la atención domiciliaria y extramural, cuando aplique.

Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014

2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio

2.3.2.3 Odontología

Servicio: Consulta odontológica

Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos

Aplica lo de todos los servicios.

Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014

2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio

2.3.2.2. Protección específica y detección temprana

Servicio: Protección específica y detección temprana

Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos

Aplica lo de todos los servicios.

13. No contar con inscripción en los programas de farmacovigilancia y tecnovigilancia y no reportar las alertas sanitarias.

Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014

2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio

2.3.2.1 Todos los servicios

Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos.

Todo prestador debe contar con programas de seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnóstico in vitro, mediante la implementación de programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia, que incluyan además la consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el INVIMA.

Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014

2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por





	<p>Servicio 2.3.2.3 Odontología Servicio: Consulta odontológica Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos Aplica lo de todos los servicios.</p> <p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.2. Protección específica y detección temprana Servicio: Protección específica y detección temprana Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos Aplica lo de todos los servicios.</p>
14. No contar con una adecuada política de seguridad del paciente.	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.1 Todos los servicios Estándar de procesos prioritarios. Cuenta con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo:</p> <p>a. Planeación estratégica de la seguridad: Existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. Existe un referente y/o un equipo institucional para la gestión de la seguridad de pacientes, asignado por el representante legal.</p> <p>c. Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos: La institución tiene un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.</p>
15. No realizar monitoreo a los indicadores de seguimiento a riesgos.	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.1 Todos los servicios Estándar de procesos prioritarios. Cuenta con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo:</p> <p>d. Procesos Seguros: Se tienen definidos, se</p>





Departamento de Risaralda  
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD  
GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE  
SALUD

Resolución

1914

24 AGO 2023

Versión 03

Fecha: 02/2014

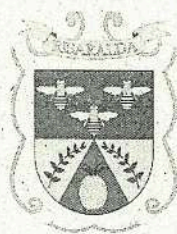
	<p>monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.</p>
<p>16. No realizar acciones para intervenir los riesgos identificados en la atención en salud.</p>	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.1 Todos los servicios Estándar de procesos prioritarios. Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos.</p> <p>Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.</p>
<p>17. No adaptar las guías de práctica clínica conforme al Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.1 Todos los servicios Estándar de procesos prioritarios. Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.</p> <p>La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.</p> <p>Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional. Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, éstas deberán acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable</p>





	<p>de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización.</p> <p>Cada institución establecerá procedimientos en los cuales la guía que adopte o desarrolle, esté basada en la evidencia.</p> <p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.3 Odontología Servicio: Consulta odontológica Estándar de procesos prioritarios Cuenta con: 1. Guías clínicas sobre manejo de las principales causas de morbilidad oral y manejo de complicaciones anestésicas.</p> <p>2. Criterios explícitos y documentados sobre las guías, procesos, procedimientos, instructivos, etc., conforme al servicio ofertado.</p>
18. No contar con protocolo, guía o manual de orientación en la medición, análisis y acciones para educar al personal asistencial y visitantes en temas relacionados con la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, según el riesgo.	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.1 Todos los servicios Estándar de procesos prioritarios. La institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para: 1. Educar al personal asistencial y a los visitantes en temas relacionados con la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, según el riesgo.</p>
19. No adoptar e implementar normas de bioseguridad en los servicios con especificaciones de elementos y barreras de protección según los servicios ofertados y riesgos identificados.	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.1 Todos los servicios Estándar de procesos prioritarios. La institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para: 2. La aplicación de precauciones de aislamiento universales. 3. Normas de bioseguridad en los servicios, con especificaciones de elementos y barreras de protección, según cada uno de los servicios y el riesgo</p>





Departamento de Risaralda  
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE  
SALUD

Resolución

1914  
24 AGO 2023

Versión 03

Fecha: 02/2014

	identificado:
20. Contar con un manual de uso y reúso de dispositivos médico no adaptado a la totalidad de dispositivos médicos re usados y reprocesados por la institución.	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.1 Todos los servicios Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos. Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control del cumplimiento que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reúso de dispositivos médicos, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando, dichos dispositivos puedan reusarse por recomendación del fabricante, definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones. Por lo anterior, el prestador debe tener documentado el procedimiento institucional para el reúso de cada uno de los dispositivos médicos que el fabricante recomiende, que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización con el método indicado y número límite de reusos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, nuevo etiquetado, así como los correspondientes registros de estas actividades.</p> <p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.1 Todos los servicios Estándar de procesos prioritarios. La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para: 4. Uso y reúso de dispositivos médicos.</p> <p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.3 Odontología Servicio: Consulta odontológica</p>





24 AGO 2023

	<p>Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos Aplica lo de todos los servicios.</p> <p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.10 Esterilización Proceso: Esterilización Estándar de procesos prioritarios Para centrales de esterilización y para prestadores quienes realicen el proceso de esterilización fuera de una central de esterilización, cuentan con: 6. Documento del procedimiento Institucional para el reúso limitado de cada uno de los dispositivos médicos que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización con el método indicado y número límite de reusos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, nuevo etiquetado, así como los correspondientes registros de estas actividades y su correspondiente validación. 7. Para aquellos dispositivos médicos que el fabricante recomienda un número limitado de reusos, cuenta con la documentación necesaria que soporte el proceso, de acuerdo a lo que el fabricante recomienda.</p> <p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.2. Protección específica y detección temprana Servicio: Protección específica y detección temprana Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos Aplica lo de todos los servicios.</p>
21. Realizar prácticas inseguras de limpieza y desinfección que favorecen la contaminación cruzada y la aparición de infecciones asociadas a la atención en salud.	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.1 Todos los servicios Estándar de procesos prioritarios. La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para: 6. Asepsia y antisepsia en relación con: planta física, equipo de salud, el paciente, Instrumental y equipos.</p>





Departamento de Risaralda  
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE  
SALUD

Resolución

1914

Versión 03

Fecha: 02/2014

24 AGO 2023

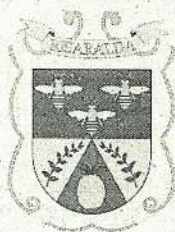
	<p>Cuenta con protocolo de:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Limpieza y desinfección de áreas.</li><li>2. Superficies.</li><li>3. Manejo de ropa hospitalaria.</li><li>4. Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales en los procedimientos de salud.</li></ol>
<p>22. No aplicar los lineamientos dispuestos en el manual de buenas prácticas de esterilización adoptado por la institución.</p>	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.1 Todos los servicios Estándar de procesos prioritarios. Los servicios que por su actividad requieran material estéril, cuentan con un manual de buenas prácticas de esterilización de acuerdo con las técnicas que utilicen. La Institución deberá cumplir con la normatividad relacionada con los procesos de esterilización expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.10 Esterilización Proceso: Esterilización Estándar de procesos prioritarios Para centrales de esterilización y para prestadores quienes realicen el proceso de esterilización fuera de una central de esterilización, cuentan con:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Protocolos que contienen cada una de las etapas del proceso de esterilización:<ul style="list-style-type: none"><li>- Transporte de material antes del ingreso al servicio de esterilización.</li><li>- Recibo de material.</li><li>- Lavado, secado y lubricación.</li><li>- Empaque. - Esterilizado.</li><li>- Almacenaje y entrega.</li></ul></li></ol>
<p>23. No contar con proceso definido desde la prescripción hasta la administración de medicamentos usados en la atención en salud.</p>	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.1 Todos los servicios Estándar de procesos prioritarios. Los servicios que incluyan dentro de sus actividades la administración de medicamentos, cuentan con procesos definidos de los correctos, desde la prescripción hasta la administración de medicamentos, que incluya como mínimo las siguientes verificaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Usuario correcto</li></ol>





	<ul style="list-style-type: none"><li>2. Medicamento correcto</li><li>3. Dosis correcta</li><li>4. Hora correcta</li><li>5. Vía correcta.</li></ul>
24. No contar con procedimiento para el manejo de derrames, rupturas de medicamentos y kit completo.	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014</p> <p>2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio</p> <p>2.3.2.2 Todos los servicios</p> <p>Estándar de procesos prioritarios.</p> <p>Cuenta además con el procedimiento y el paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.</p>
25. No contar con un adecuado proceso para la custodia de las pertenencias de los pacientes.	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014</p> <p>2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio</p> <p>2.3.2.3 Todos los servicios</p> <p>Estándar de procesos prioritarios.</p> <p>El prestador cuenta con procedimientos para garantizar la custodia de las pertenencias de los pacientes durante la prestación de los servicios.</p>
26. Contar con un plan de gestión integral de residuos hospitalarios no ajustado a la realidad de la institución.	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014</p> <p>2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio</p> <p>2.3.2.4 Todos los servicios</p> <p>Estándar de procesos prioritarios.</p> <p>El prestador cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radiactivo, acorde a las características del prestador; así como con registros de control de la generación de residuos.</p>
27. Contar con un manual de referencia y contra referencia de usuarios sin los mínimos exigidos por la normatividad.	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014</p> <p>2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio</p> <p>2.3.2.1 Todos los servicios</p> <p>Estándar de procesos prioritarios.</p> <p>Se cuenta con protocolo o manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente, que contemple:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1. Estabilización del paciente antes del traslado.</li><li>2. Medidas para el traslado.</li><li>3. Lista de chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya:<ul style="list-style-type: none"><li>a) Diligenciamiento de los formatos determinados por la normatividad vigente de referencia y contrarreferencia.</li></ul></li></ul>





Departamento de Risaralda  
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE  
SALUD

Resolución

1914

24 AGO 2023

Versión 03

Fecha: 02/2014

	<p>b) Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente.</p> <p>c) Resumen de historia clínica.</p> <p>4. Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso. (software, correo, entre otros).</p> <p>5. Recurso humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso.</p>
<p>28. Contar con un modelo de atención a víctimas de violencia sexual no ajustado a la realidad de la institución.</p>	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014</p> <p>2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio</p> <p>2.3.2.1 Todos los servicios</p> <p>Estándar de procesos prioritarios.</p> <p>Las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que oferten servicios de consulta externa, urgencias u hospitalización, cuentan con:</p> <p>1. Un programa de atención en salud para víctimas de violencias sexuales que incluya como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Un documento del proceso institucional que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales y su evaluación, según la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya.</li><li>• Un documento que dé cuenta de la conformación del equipo institucional para la gestión programática del Modelo y Protocolo de la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales, en el marco de la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya.</li></ul>
<p>29. Contar con procedimientos para el diligenciamiento de la historia clínica con base en normatividad derogada.</p>	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014</p> <p>2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio</p> <p>2.3.2.1 Todos los servicios</p> <p>Estándar de historia clínica y registros</p> <p>Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo. Ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas, cuando ello sea necesario.</p>
<p>30. No contar con procedimiento de consentimiento informado.</p>	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014</p> <p>2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio</p>





24 AGO 2023

	<p>2.3.2.1 Todos los servicios Estándar de historia clínica y registros Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no, documentalmente, el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.</p>
31. Tener unidades odontológicas en mal estado de presentación y mantenimiento.	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.3 Odontología Servicio: Consulta odontológica Estándar de dotación Cuenta con: 1. Unidad Odontológica: - Escupidera. - Eyector.</p>
32. No contar con instrumental de ortodoncia.	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.3 Odontología Servicio: Consulta odontológica Estándar de dotación En los consultorios de especialistas además del instrumental básico, se cuenta con el equipo e instrumental necesario según la especialidad.</p>
33. No contar con procedimientos para la información del paciente sobre recomendaciones y preparación pre procedimiento.	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.3 Odontología Servicio: Consulta odontológica Estándar de procesos prioritarios Cuenta con: 3. Procedimientos para la información al paciente y la familia sobre recomendaciones y preparación pre procedimiento y recomendaciones post procedimiento, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de las posibles complicaciones que se podrían presentar durante los procedimientos realizados.</p>
34. No contar con protocolo de esterilización y suficiencia de instrumental de ortodoncia.	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.3 Odontología</p>





Departamento de Risaralda  
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE  
SALUD

Resolución **1914**


Versión 03

Fecha: 02/2014

24 AGO 2023

	Servicio: Consulta odontológica Estándar de procesos prioritarios Cuenta con: 4. Protocolo de esterilización y suficiencia de instrumental, de acuerdo con la rotación de pacientes.
35. No tener disponibilidad de imagenología.	Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.3 Odontología Servicio: Consulta odontológica Estándar de interdependencia de servicios Disponibilidad de: 1. Imagenología.
36. Contar con mueble para el almacenamiento instrumental en mal estado de mantenimiento.	Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.10 Esterilización Proceso: Esterilización Estándar de dotación Para centrales de esterilización y para prestadores quienes realicen el proceso de esterilización fuera de una central de esterilización, cuentan con: 6. Estanterías para almacenaje de superficies lavables y con estantes arriba del piso al menos 25 cm. y a 6 cm. de la pared.
37. No contar con sistema de verificación de integridad del dispositivo estéril.	Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.10 Esterilización Proceso: Esterilización Estándar de procesos prioritarios Para centrales de esterilización y para prestadores quienes realicen el proceso de esterilización fuera de una central de esterilización, cuentan con: 2. Sistema de verificación de integridad del dispositivo estéril, identificando cualquier deterioro que comprometa la permanencia de la esterilidad.
38. No participar en el comité de infecciones.	Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.10 Esterilización Proceso: Esterilización Estándar de procesos prioritarios Para centrales de esterilización y para prestadores quienes realicen el proceso de esterilización fuera de una central de esterilización, cuentan con: 8. Participación en el comité de infecciones.



	<p align="center"><b>Secretaría de Salud</b></p> <p align="center"><b>GESTIÓN EN SALUD</b></p> <p align="center"><b>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b></p> <p align="right"><b>Resolución</b>      <b>1914</b></p>
<p>Versión 03</p>	<p>Fecha: 02/2014</p>

24 AGO 2023

<p>39. No contar con registro de reúsos por cada uno de los dispositivos médicos re usados en la institución.</p>	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014  2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio  2.3.2.10 Esterilización  Proceso: Esterilización  Estándar de historia clínica y registros  Para centrales de esterilización y para prestadores quienes realicen el proceso fuera de una central de esterilización, cuentan con:  1. Registro de reúsos por cada uno de los dispositivos médicos esterilizados.</p>
<p>40. No implementar normas técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional.</p>	<p>Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014  2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio  2.3.2.2. Protección específica y detección temprana  Servicio: Protección específica y detección temprana  Estándar de procesos prioritarios  Si la institución ofrece actividades de Protección Específica y Detección Temprana, ha implantado las normas técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional y cuenta con los procesos de implementación y evaluación del cumplimiento de las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, definidas en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 ó las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.</p>


#### 4. DECISION FINAL

##### 4.1. CONSIDERACIONES PREVIAS

Este Despacho adoptará entonces una decisión de fondo con estricto apego a los principios de proporcionalidad y razonabilidad, según los cuales se busca ecuanimidad en la sanción que se impone y conforme a las disposiciones contenidas en los artículos 47 y siguientes de la Ley 1437 de 2011.

Teniendo en cuenta que la Ley 715 de 2001 en su artículo 43 y siguientes, establece la competencia de las entidades territoriales para dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el sistema general de



	<p>Departamento de Risaralda Secretaría de Salud</p> <p>GESTIÓN EN SALUD</p> <p>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</p> <p>Resolución <b>1914</b></p>
<p>Versión 03</p>	<p>Fecha: 02/2014 <b>24 AGO 2023</b></p>

seguridad social en salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia, así:

**“Artículo 43: Competencias de los departamentos en salud.** Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el sistema general de seguridad social en salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones: (Resaltado y subrayas nuestras).

**43.1.5. Vigilar y controlar** el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del sistema general de seguridad social en salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes. (...)” (Cursivas, Negrillas y Subrayas fuera del texto original).


**43.2.6** Efectuar en su jurisdicción el registro de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, recibir la declaración de requisitos esenciales para la prestación de los servicios y adelantar la vigilancia y el control correspondiente.

Aunado a lo anterior, el numeral 3º del artículo 2.5.1.2.3 del Decreto 780 de 2016 establece que a las Entidades Departamentales en desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en este decreto y divulgar las disposiciones contenidas en esta norma y brindar asistencia a los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.

Adicionalmente, el artículo 2.5.1.3.2.9 determina que los prestadores de servicios de salud son responsables por la veracidad de la información contenida en el formulario de inscripción y estarán obligados a mantener las condiciones de habilitación declaradas durante el término de su vigencia, a permitir el ingreso de la autoridad competente para llevar a cabo la respectiva verificación, a facilitar la verificación, a renovar la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud, cuando este pierda su vigencia o cuando haya cambios en lo declarado, conforme a lo dispuesto en el artículo 2.5.1.3.2.10 del presente decreto y a presentar las novedades correspondientes, en los casos previstos en el artículo siguiente.

Aunado a lo anterior, el artículo 2.5.1.7.1 del mismo decreto otorga competencia a las Direcciones Departamentales para ejercer inspección, vigilancia y control del sistema único de habilitación, que se



	<p>Secretaría de Salud</p> <p>GESTIÓN EN SALUD</p> <p>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</p> <p>Resolución 1914</p>
<p>Versión 03</p>	<p>Fecha: 02/2014</p> <p>24 AGO 2023</p>

ejercerá mediante la realización de las visitas de verificación de que trata el artículo 2.5.1.3.2.15 del antes mencionado decreto.

Por otra parte, el artículo 2.5.1.7.5 de la multicitada norma establece que el incumplimiento de lo establecido en el mencionado decreto, podrá generar la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad previstas en las normas legales, por parte de las entidades territoriales de salud en el marco de sus competencias, con base en el tipo de servicio, el hecho que origina el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente decreto y su incidencia sobre la salud individual y colectiva de las personas.

A su turno, el artículo 2.5.3.7.4 del Decreto 780 de 2016 indica que las medidas de seguridad tienen por objeto prevenir e impedir que la ocurrencia de un hecho o la existencia de una situación atenten contra la salud de las personas.

Así mismo, el artículo 2.5.3.7.9 y subsiguientes, determinan lo relacionado con la suspensión de servicios, las autoridades competentes y las medidas sanitarias preventivas a aplicarse.

En el mismo tenor, el artículo 2.5.3.7.18 y subsiguientes, fijan las sanciones aplicables, para lo cual remite al artículo 577º de la Ley 09 de 1979.

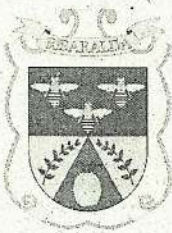
Teniendo en cuenta que el investigado **FAMMM S.A.S.** presta los servicios en el Municipio de Pereira y al ser una institución prestadora del servicio de salud y pertenecer al área de jurisdicción del Departamento de Risaralda, se encuentra bajo la vigilancia de esta entidad territorial que a través de la Secretaría de Salud Departamental ejerció en debida forma su función por medio de una Comisión Técnica.

#### 4.2. DETERMINACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD

Cuando los servicios médicos no se gestionan en términos de calidad, oportunidad y legalidad de conformidad con las normas, puede conllevar a la materialización de riesgos para los usuarios y convertirse en una amenaza grave a su salud, por cuanto esta puede deteriorarse considerablemente con la mala prestación del servicio médico.

En este sentido, además de ser una violación al ordenamiento legal, evidentemente implica un riesgo real para la salud de los usuarios. Es decir, al estar de por medio el derecho fundamental a la salud de los usuarios, las infracciones a las normas que regulan la habilitación de los servicios médicos adquieren una gravedad acorde con el derecho a proteger, sin necesidad que se materialicen los



	<p>Departamento de Risaralda Secretaría de Salud</p> <p>GESTIÓN EN SALUD</p> <p>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</p> <p>Resolución <b>1914</b></p> <p>Versión 03</p> <p>Fecha: 02/2014</p> <p><b>24 AGO 2023</b></p>
---	---

riesgos inherentes a la prestación del servicio médico.

Por cuanto no se requiere que se presenten daños a la salud de los usuarios para que la administración Departamental pueda tomar medidas dirigidas a la protección, restauración y defensa del derecho fundamental a la salud de los usuarios.

En síntesis, el prestador que declare un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que inscribe, cuando un prestador de servicio de salud se encuentre en la imposibilidad de cumplir con las condiciones para la habilitación, deberá abstenerse de ofrecer o prestar los servicios en los cuales se presente la situación.

Por otra parte, es importante señalar que realizar las modificaciones sugeridas por el grupo no la eximen de responsabilidad, aunado que las normas que rigen los establecimientos que prestan servicios de salud no contemplan dichas modificaciones, las cuales pueden ser llamadas como planes de mejoramiento y estos no son eximentes de responsabilidad para la imposición de sanciones, de conformidad con lo establecido en el artículo 22 del Decreto 1011 de 2006 que a la letra reza:


*“Artículo 22: Planes de cumplimiento. Los prestadores de servicios de salud deben cumplir con los estándares de habilitación y no se aceptará la suscripción de planes de cumplimiento para dichos efectos”.*

Por lo anterior, es claro que al realizar dichas modificaciones no origina la desaparición de los fundamentos de hecho contenidos en la Resolución por la cual se formulan cargos, emitida por la Secretaría de Salud Departamental.

En consecuencia, no se requiere que se presente un plan de mejoramiento para corregir una falla en el servicio que se presta para que la administración Departamental actúe, basta que se ponga en peligro la salud de las personas que acuden donde el prestador **FAMMM S.A.S.** por cuanto el derecho a la salud es un derecho fundamental que requiere garantizarse, regularse y protegerse de conformidad con el mandato legal y constitucional, el cual debe ser acatado tanto por los prestadores de servicios de salud así como por las entidades públicas con funciones de inspección, vigilancia y control, como es el caso de la secretaría de salud Departamental en el asunto que nos ocupa.

En conclusión, los objetivos de la Secretaría de Salud Departamental son buscar y garantizar la salud de la población de manera integrada con el fin del mejoramiento de las condiciones de vida, desarrollo y el bienestar de la población por lo que todo prestador debe ceñirse a la reglamentación sobre salud pública vigente y de ese ceñimiento estricto es del que se desprende el actuar investigativo, preventivo, correctivo, resarcitorio y en ocasiones sancionatorio de esta dependencia.



	24 AGO 2023	Secretaría de Salud <b>GESTIÓN EN SALUD</b> <b>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>
	Versión 03	Fecha: 02/2014
		Resolución 1914 24 AGO 2023

Por ello, se considera que todos los estándares de habilitación para los prestadores de salud, son indispensables tanto para la entrada como para la permanencia en el sistema, pues con ello, precisamente, lo que se busca es dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de los servicios y por ser pues de obligatorio cumplimiento, es del caso entrar a sancionar cualquier inobservancia a los mismos.

#### 4.3. CALIFICACIÓN DE LAS FALTAS Y DETERMINACIÓN DE LA SANCIÓN.

Una vez verificados los hechos investigados, junto con los descargos expuestos, y el análisis de las pruebas, todo lo anterior a la luz del debido proceso, llevan en conjunto a determinar que efectivamente se presentó una transgresión a la norma, lo cual implica la necesidad de imponer una sanción como reproche a lo probado dentro del expediente.

Por *sanción* ha de entenderse *"un mal infringido por la Administración a un administrado como consecuencia de una conducta ilegal. Este mal (fin aflictivo de a sanción) consistirá siempre en la privación de un bien o de un derecho, imposición de una obligación de pago de una multa"*<sup>1</sup>.

De acuerdo con lo anterior y en consonancia con lo establecido en el numeral b del artículo 577 de la Ley 09 de 1979: *"Teniendo en cuenta la gravedad del hecho mediante resolución motivada, la violación de las disposiciones de esta Ley, será sancionada por la entidad encargada de hacerlas cumplir con alguna o algunas de las siguientes sanciones: a) amonestación b) Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios mínimos legales al máximo valor vigente en el momento de dictarse la respectiva resolución"*.

A efectos de graduar la sanción aplicable y la gravedad de las infracciones es preciso acudir al artículo 50 de la Ley 1437 de 2011, por lo cual se abordarán los criterios allí contenidos respecto del caso concreto. Tal disposición normativa reza de la siguiente forma:

*"Salvo lo dispuesto en leyes especiales, la gravedad de las faltas y el rigor de las sanciones por infracciones administrativas se graduarán atendiendo a los siguientes criterios, en cuanto resultaren aplicables:*

1. *Daño o peligro generado a los intereses jurídicos tutelados.*
2. *Beneficio económico obtenido por el infractor para sí o a favor de un tercero.*
3. *Reincidencia en la comisión de la infracción.*

<sup>1</sup> Curso de Derecho Administrativo II. Eduardo García de Enterría y Tomás-Ramón Fernández. Novena Edición. Thomson. Civitas, 2004, Pág. 163.



	<p>Departamento de Risaralda Secretaría de Salud</p> <p>GESTIÓN EN SALUD</p> <p>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</p> <p>Resolución 19141</p>
Versión 03	<p>Fecha: 02/2014</p> <p>24 AGO 2023</p>

4. Resistencia, negativa u obstrucción a la acción investigadora o de supervisión.
5. Utilización de medios fraudulentos o utilización de persona interpuesta para ocultar la infracción u ocultar sus efectos.
6. Grado de prudencia y diligencia con que se hayan atendido los deberes o se hayan aplicado las normas legales pertinentes.

Así las cosas, respecto al primer numeral es necesario señalar que no es requisito para imponer la sanción respectiva que la conducta genere un daño, en primer lugar, porque lo que persigue la norma sanitaria es sancionar el riesgo en el que se pone a la comunidad. Entiéndase como riesgo cualquier factor que aumenta la probabilidad de un resultado adverso en las personas que reciben los servicios de salud prestados por el investigado **FAMMM S.A.S.** para el caso en estudio. Además, se debe recordar, que esos riesgos no se presentan de manera aislada, sino correlacionada y se ha de tener en cuenta tanto la causalidad mediata como la inmediata, en relación con los resultados sanitarios adversos, de manera que, valorados estos extremos, la sanción debe ser proporcional al riesgo generado.

En el caso concreto, nos encontramos que el hecho de no cumplir los estándares de habilitación necesarios para la prestación de un servicio de salud seguro y integral, son circunstancias que ponen en peligro la salud pública y el derecho a la salud de los usuarios, pues no en vano el Estado ha establecido una serie de requisitos mínimos esenciales y ha tipificado unas prohibiciones, con las que busca salvaguardar este interés jurídico tutelado.


En cuanto al numeral segundo de la norma en comento, no existe evidencia que permita entender que el infractor obtuvo un beneficio económico, por ende, la sanción no se agravará por este ítem.

El numeral tercero del artículo 50 de la Ley 1437 de 2011 señala que uno de los criterios para graduar la sanción será la reincidencia en la comisión de sanción. En el caso concreto se tiene que una vez consultada la base de datos de esta Secretaría no se encuentran antecedentes sancionatorios en el presente caso por las mismas causas que acá se sancionan, en consecuencia lógica no se tendrá en cuenta este factor agravante.

En cuanto a los numerales 4 y 5 de la normativa en comento debe indicarse que el investigado **FAMMM S.A.S.**, al momento de la visita de habilitación fue accesible a los requerimientos del equipo multidisciplinario de habilitación, por ende, no se vislumbra actuaciones como el ocultamiento de la infracción, o resistencia o negativa a la acción investigadora.

Respecto al criterio número 6 de grado de prudencia y diligencia con que se haya atendido los deberes y aplicado las normas pertinentes, lo que en efecto existe es evidencia que demuestra la falta de



	<p>Secretaría de Salud</p> <p>GESTIÓN EN SALUD</p> <p>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</p> <p>Resolución <del>1914</del> <b>1914</b></p>
	<p>Versión 03</p> <p>Fecha: 02/2014</p> <p><b>24 AGO 2023</b></p>

diligencia y prudencia al momento de proceder con la prestación del servicio para la época de la visita, dada la falencia en los estándares de habilitación de acuerdo a la Resolución 2003 de 2014.

Por otra parte, no existe evidencia que pueda demostrar que hubo una renuencia o negligencia para el acatamiento de las órdenes impartidas por la autoridad competente al momento de la vista, así como tampoco que se hubieren desacatado las mismas.

Finalmente, ha de señalarse en cuanto el criterio atenuante contemplado en el numeral ocho del artículo 50 de la Ley 1437 de 2011, se colige que no hubo un reconocimiento de los incumplimientos por parte del investigado.

Ahora bien, es evidente que con la comisión de las infracciones a la normatividad sanitaria con respecto a los estándares de habilitación en las que se fundan los cargos y los presupuestos de derecho expuestos hasta aquí, se constituyen fundamentos más que suficientes para soportar la decisión que este Despacho emitirá en la parte resolutive del presente acto administrativo, puesto que se generó un riesgo al interés jurídico tutelado, que no es otro que la salud y la vida de los usuarios, situación que por sí sola le confiere la calificación de **GRAVES**. Por lo tanto, la sanción a imponer por el cargo será la consagrada en el literal (b) del artículo 577 de la Ley 9 de 1979. En tal sentir y a la luz de lo contemplado en el artículo 49 de la Ley 1955 de 2019, la sanción será tasada en Unidades de Valor Tributario (UVT), en el caso específico en atención a los criterios de graduación referidos anteriormente, el monto de la sanción a imponer, será de trescientas (300) Unidades de Valor Tributario.

En mérito de lo expuesto a lo largo del presente acto administrativo, y en cumplimiento del mandato legal y constitucional de proteger la salud como un derecho esencial, individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de bienestar y calidad de vida de los ciudadanos, este Despacho,

#### RESUELVE

**PRIMERO:** Declarar administrativamente responsable al prestador **FAMMM S.A.S**, identificado con No. de identificación tributaria 900372785-3, ubicado en la Calle 7 #14 – 78 Avenida Circunvalar, en el municipio de Pereira, Risaralda, de los cargos formulados en su contra, de acuerdo con las razones expuestas en la parte motiva del presente acto administrativo.

**SEGUNDO:** Sancionar al prestador **FAMMM S.A.** con multa de trescientas (300) Unidades de Valor Tributario (UVT), el que fue fijado de acuerdo a la Resolución 001264 de 18 de noviembre de 2022 para el año 2023, en cuarenta y dos mil cuatrocientos doce pesos (\$42.412), por lo anterior la





Departamento de Risaralda  
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE  
SALUD

Resolución **1914**

Versión 03

Fecha: 02/2014

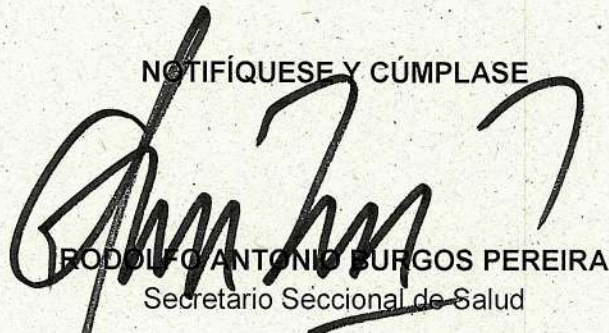
**24 AGO 2023**

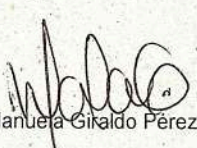
sanción es equivalentes a la suma de **DOCE MILLONES SETECIENTOS VEINTITRÉS MIL SEISCIENTOS PESOS (\$12.723.600) M/CTE**, los cuales deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la ejecutoria del presente acto administrativo, a nombre del Departamento de Risaralda en la cuenta de ahorros del Banco de Occidente Nro. 033488461, código de recaudo 015, en la fuente 80 sanciones habilitación.

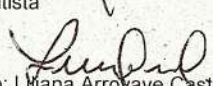
**TERCERO:** Notificar personalmente el contenido del presente acto administrativo al prestador **FAMMM S.A.S**, identificado con No. de identificación tributaria 900372785-3

**CUARTO:** Contra la presente resolución proceden los recursos de Reposición y Apelación, los cuales deberán interponerse dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

  
**RODOLFO ANTONIO BURGOS PEREIRA**  
Secretario Seccional de Salud

  
Proyectó: Manuela Giraldo Pérez  
Contratista

  
Revisó: Liana Arroyave Castro  
Profesional especializado

  
Revisó: Gabriel Calvo Quintero  
Profesional especializado



